



# FORMULARIO DE DESPISTAJE Y CONSENTIMIENTO DE LA VACUNA DEL COVID-19

Nombre/ID de la Instalación Administradora: \_\_\_\_\_

## SECCIÓN 1: INFORMACION SOBRE EL PACIENTE (EN LETRA IMPRENTA)

<b>Nombre:</b> Apellido: _____		Primer nombre: _____		Inicial del Segundo: _____	
<b>Fecha de Nacimiento:</b> Mes _____		Día _____		Año _____	
<b>N.º de teléfono (Paciente o Tutor):</b> ( ) _____					
<b>Dirección:</b> _____				<b>Apto/Hab. #:</b> _____	
<b>Ciudad:</b> _____		<b>Estado:</b> _____		<b>Código Postal:</b> _____	
<b>Nombre del Tutor legal:</b> Apellido: _____		Primer Nombre: _____		Inicial del Segundo: _____	
<b>Sexo</b> (Género asignado al nacer) <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro <input type="checkbox"/> Otro asiático <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro no blanco <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico			<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Desconocido
<b>Compañía de Seguros Primaria</b> ID #: _____ Gpo. #: _____					
Compañía de Seguros: _____			Teléfono de la Compañía de Seguros # _____		
Nombre del Asegurado: _____			Parentesco: _____ F.D.N. del Asegurado _____		
<b>Compañía de Seguros Secundaria</b> ID #: _____ Gpo. #: _____					
Compañía de Seguros: _____			Teléfono de la Compañía de Seguros # _____		
Nombre del Asegurado: _____			Parentesco: _____ F.D.N. del Asegurado _____		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Designación del número de dosis de la vacuna para el COVID-19?</b> <input type="checkbox"/> Primera Dosis <input type="checkbox"/> Segunda Dosis <input type="checkbox"/> Tercera Dosis/Dosis de Refuerzo*					

## SECCIÓN 2: PREGUNTAS DE DETECCIÓN DEL COVID-19

Marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
1. ¿Tiene hoy o ha tenido en algún momento de los últimos 10 días fiebre, escalofríos, tos, falta de aliento, dificultad para respirar, fatiga, dolores musculares o corporales, dolor de cabeza, pérdida repentina del sentido del olfato o del gusto, dolor de garganta, congestión o secreción nasal, náuseas, vómitos o diarrea?		
2. ¿Ha tenido un resultado positivo y/o se le ha diagnosticado con la infección de COVID-19 en los últimos 10 días?		
3. ¿Ha tenido una reacción alérgica grave (p. ej., necesitó epinefrina o atención en un hospital) a una dosis previa de esta vacuna o a alguno de los ingredientes de esta vacuna?		
4. ¿Ha recibido alguna terapia de anticuerpos contra la COVID-19 en los últimos 90 días (p. ej., Regeneron, plasma de convalecientes de COVID, etc.)?		

## SECCIÓN 3: GUÍA DE SELECCIÓN PARA LA INMUNIZACIÓN CON LA VACUNA PARA LA COVID-19

Marque Sí o No para cada pregunta.	Sí	No
5. ¿Lleva consigo un Epi-pen para el tratamiento de emergencia de la anafilaxia y/o tiene alergias o reacciones a algún medicamento, alimento, vacuna o látex?		
6. En el caso de las mujeres, ¿está usted embarazada o existe la posibilidad de quedarse embarazada?		
7. En el caso de las mujeres, ¿está amamantando actualmente?		
8. ¿Está usted inmunodeprimido o toma algún medicamento que afecte a su sistema inmunitario?		
9. ¿Tiene un trastorno hemorrágico o toma algún anticoagulante?		
10. ¿Es usted una mujer de entre 18 y 49 años que está recibiendo la vacuna COVID-19 de Janssen (Johnson and Johnson)?		
11. Si es menor de 18 años, ¿sabe usted y/o su tutor que solo puede recibir la vacuna de Pfizer?		
12. ¿Ha recibido una dosis anterior de alguna vacuna COVID-19? En caso afirmativo, ¿qué vacuna del fabricante ha recibido?		
*13. Si ésta es su tercera dosis o dosis de refuerzo de una vacuna de COVID-19 de ARNm (Pfizer-BioNTech o Moderna) o su segunda dosis (refuerzo) de vacuna de COVID-19 de Janssen (Johnson and Johnson) y cumple con uno o más de los siguientes: 1) Moderada a gravemente inmunodeprimido (por ejemplo, receptor de un trasplante de órgano sólido, medicación inmunosupresora, tratamiento activo contra el cáncer, etc.), tiene al menos 12 años de edad (solo vacuna de la COVID-19 de Pfizer-BioNTech) y han transcurrido al menos 28 días desde la finalización de su serie primaria de COVID-19 de ARNm. 2) Al menos 6 meses han transcurrido desde que se completó una serie primaria de vacuna de COVID-19 de ARNm.		

3) Al menos 2 meses han transcurrido desde la dosis inicial de su vacuna de COVID-19 de Janssen (Johnson and Johnson) y tiene 18 años de edad o más.

- Certifico que soy: (a) el paciente y tengo al menos 18 años de edad; (b) el tutor legal del paciente y confirmo que el paciente tiene al menos 5 años de edad (sólo para el consentimiento de la vacuna de Pfizer); o (c) estoy legalmente autorizado a dar mi consentimiento para la vacunación del paciente mencionado anteriormente. Además, por la presente doy mi consentimiento al Departamento de Salud de Florida (DOH) o a sus agentes para administrar la vacuna COVID-19.
- Actualmente, Pfizer es el único producto de la vacuna COVID-19 que ha sido completamente aprobado y licenciado por la FDA. Esta aprobación y licencia de la FDA es para uso en individuos de 16 años de edad y mayores solamente.
- Entiendo que este producto (aparte de Pfizer para su uso sólo en las edades mencionadas anteriormente) no ha sido aprobado o licenciado por la FDA, pero ha sido autorizado para su uso de emergencia por la FDA, en virtud de una EUA para prevenir la Enfermedad del Coronavirus 2019 (COVID-19) para su uso en individuos de 5 a 15 años de edad (solo Pfizer) o de 18 años de edad y mayores (Moderna y Johnson and Johnson); y el uso de emergencia de este producto solo se autoriza mientras dure la declaración de que existen circunstancias que justifican la autorización del uso de emergencia del producto médico en virtud de la Sección 564(b)(1) de la Ley FD&C, a menos que la declaración se termine o la autorización se revoque antes.
- Entiendo que no es posible predecir todos los posibles efectos secundarios o complicaciones asociados a la recepción de la(s) vacuna(s). Entiendo los riesgos y beneficios asociados con la vacuna mencionada y he recibido, leído y/o me han explicado la Hoja Informativa de Autorización de Uso de Emergencia sobre la vacuna COVID-19 que he elegido recibir. También reconozco que he tenido la oportunidad de hacer preguntas y que dichas preguntas fueron respondidas a mi satisfacción.
- Reconozco que se me ha aconsejado permanecer cerca del lugar de vacunación durante aproximadamente 15 minutos (o más en casos específicos) después de la administración para su observación. Si experimento una reacción grave, llamaré al 9-1-1 o acudiré al hospital más cercano.
- En mi nombre, en el de mis herederos y representantes personales, por la presente libero y eximo de responsabilidad al Estado de la Florida, al Departamento de Salud de la Florida (DOH), a la División de Administración de Emergencias de la Florida (FDEM) y a su personal, agentes, sucesores, divisiones, filiales, subsidiarias, funcionarios, directores, contratistas y empleados de cualquier responsabilidad o reclamo, conocido o desconocido, que surja de la administración de la vacuna mencionada anteriormente, o que esté relacionado de alguna manera con esta.
- Reconozco que: (a) entiendo los propósitos/beneficios de Florida SHOTS, el registro de inmunización de Florida y (b) el DOH incluirá mi información personal de inmunización en Florida SHOTS y mi información personal de inmunización será compartida con los Centros de Control de Enfermedades (CDC) u otras agencias federales.
- Además, autorizo al DOH, al FDEM, o a sus agentes a presentar una reclamación a mi proveedor de seguros o a la Parte B de Medicare sin pago de cobertura suplementaria para mí por los artículos y servicios solicitados anteriormente. Asigno y solicito que se realice el pago de los beneficios autorizados en mi nombre al DOH, al FDEM, o a sus agentes con respecto a los artículos y servicios solicitados anteriormente. Entiendo que cualquier pago por el que soy financieramente responsable debe realizarse en el momento del servicio o, si el DOH me factura después del momento del servicio, al recibir dicha factura.
- Confirmo la recepción del Aviso de Prácticas de Privacidad del DOH.

Firma del Paciente o Representante Autorizado \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_

Nombre del Representante y Relación con la Persona que Recibe la Vacuna, en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Centro (LD/RD)	Ruta	Fabricante (MVX)	N.º de lote Unidad de Uso/ Unidad de Venta	Fecha de Vencimiento	Fecha de la Hoja Informativa de la EUA
	IM				

<b>Administrado en el lugar: nombre/ID de la instalación</b>	
<b>Administrado en el lugar: Tipo</b>	
<b>Dirección de la Administración</b>	
<b>CVX (producto)</b>	
<b>Organización remitente:</b>	

Nombre del Vacunador en letra de molde: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Sufijo del proveedor que administra la vacuna: \_\_\_\_\_